

8 Aet 6210

Vergleichende Darstellung
der
**Medizinalpolizei und Medizinal-
verwaltung**
in Japan und anderen Staaten.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie
und Geburtshilfe
verfasst und der
Hohen medicinischen Facultät
der
Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München
unter dem Präsidium
des
Herrn Geheimrats Prof. Dr. v. Pettenkofer
vorgelegt von
Shimpei Gotoh
approb. Arzt aus Tokio (Japan).



München.
Buchdruckerei von M. Ernst
1891.



419 002 247 000 17



In der ersten Reihe jener wissenschaftlichen Disziplinen, welchen die letzte Hälfte dieses Jahrhunderts einen ungeahnten Aufschwung gebracht hat, steht die Medizin, sowohl was die Theorie derselben, wie auch ihre Praxis betrifft. Denn noch bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts hatte sie (in Europa) nur den Charakter einer Krankenbehandlung und die Entdeckungen der Physiologen und Pathologen fanden nur auf einen kleinen Kreis ihre Anwendung. Dann aber kam die Zeit, wo die Medizin das Staatsbürgerrecht erhielt und, den Staat fördernd und unterstützend, selbst wieder Unterstützung fand in der immer weiter sich ausdehnenden Medicinalgesetzgebung. Damit hat sich auch allmählig, und nicht zu ihrem Schaden, ein Wechsel in der Auffassung der Stellung der Medizin vollzogen, indem die »Hygiene«, d. h. die öffentliche Gesundheitspflege, zuerst ein kleines, wenig kultivirtes Nebenfach dieser Disziplin, sich trotz vieler Hindernisse eine dominirende Stellung eroberte, so dass eigentlich heute das Objekt der Medizin in Theorie und Praxis nicht mehr der Mensch als Mensch, sondern als Bürger ist.

Japan, das seit einem Vierteljahrhundert eifrigst bestrebt ist, seinen Bürgern die Vorteile der westlichen Kultur zugänglich und nutzbar zu machen, blieb natürlich auch auf diesem Gebiete nicht zurück, sondern

machte die grössten Anstrengungen, so dass, nach kaum 20jähriger Thätigkeit in dieser Richtung, das Gesundheitswesen ein ziemlich abgeschlossenes Ganze bildet, welches kennen zu lernen und mit jenem anderer Staaten zu vergleichen nicht uninteressant sein dürfte.

A. Organisation.

Die Organisation des Gesundheitswesens schliesst sich am nutzbringendsten der der Verwaltung des betreffenden Landes an. Dementsprechend teilt sich das organisierte japanische Gesundheitswesen in Zentral- und Landesorgane.

I. Zentralorgan.

Hier hat in Japan eine sehr zweckmässige Trennung der verschiedenen Elemente stattgefunden. Eigentliche administrative Behörde ist die dem Minister des Innern als Chef unterstellte »Zentralgesundheitsabteilung«. Sie war als Zentralmedizinalabteilung 1873 im Unterrichtsministerium errichtet, doch schon 1875 dem oben genannten Ministerium untergeordnet worden, wodurch dem medizinisch-hygienischen Gebiet ein schnellerer Fortschritt gesichert wurde. Die Zentralgesundheitsabteilung leitet und überwacht also, nach der neuerlichen Reorganisation von 1890 das gesammte Gesundheitswesen des Reiches und hat daher folgende Aufgaben:

- 1) Prophylaxe der Infektionskrankheiten und Epidemien; Impfwesen;
- 2) Quarantainewesen;
- 3) Regelung der Aerzte- und Apotheker-Approbation, Ueberwachung des Arzneimittelverkehrs und der Quacksalberei;
- 4) Gesundheitsbauwesen;

- 5) Kontrolle der »Kreisgesundheitskollegien« und der Ortshospitäler.

Die wissenschaftliche Basis für das Gesundheitswesen liefern die drei staatlichen »hygienischen Laboratorien« in Tokio, Yokohama und Osaka. Sie sind 1874 entstanden und 1890 reorganisiert, resultieren zum Ministerium des Innern und sind technische Behörden für hygienische Untersuchungen, über welche sie Jahresberichte zu veröffentlichen haben. Die Untersuchungen zerfallen in 1) hygienische, 2) pharmazeutische, 3) bakteriologische.

Die »Zentraldeputation für das Gesundheitswesen« bildet eine beratende Vermittelungsbehörde zwischen der reinen Wissenschaft und dem öffentlichen Leben. Seit 1879 bestehend, 1890 ebenfalls reorganisiert, gehört sie zum Ministerium des Innern, kann aber Entwürfe von Massregeln allen Ministern unterbreiten, soweit darin staatliches Gesundheitswesen berührt wird. Die Deputation besteht aus einem Präsidenten, einem Referenten und den Mitgliedern, welche gewöhnlich ordentliche, für brennende Fragen auch ausserordentliche Kommissionen bilden. Die Mitglieder sind: 1) Direktor der Medizinalabteilung im Kriegsministerium, 2) Präsident des Ausschusses der Sanitätsabteilung im Marineministerium, 3) Direktor des kaiserlichen Leibärzte-Kollegiums, 4) Dekan der medizinischen Fakultät der kaiserlichen Universität Tokio, 5) Generalpolizeipräsident von Tokio, 6) Regierungspräsident des Bezirkes Tokio, 7) Direktor der Zentralpolizeiabteilung im Ministerium des Innern, 8) Direktor der Zentralgesundheitsabteilung im Ministerium des Innern, dann noch ein höherer Verwaltungs-

beamter desselben Ministeriums, sowie 12 Aerzte und 3 Chemiker.

Das japanische Zentralorgan für das Gesundheitswesen ist also dem Minister des Innern unterstellt und teilt sich in 1. Zentralgesundheitsabteilung, 2. hyg. Laboratorien, 3. Zentralgesundheitsdeputation.

In fast allen Staaten liegt die Oberleitung des staatl. Gesundheitswesens in der Hand eines Zentralorganes, welches entweder selbständig oder — und das ist meistens der Fall — einem Ministerium untergeordnet ist. Doch geht die Angliederung an die Ministerien in den verschiedenen Ländern sehr auseinander. In England ist das Local government board selbständig, in Frankreich ist die Hygiene Sache verschiedener Ministerien (Inneres, Handel u. Gewerbe, Unterricht), in Oesterreich, Italien, Bayern gehört das betr. Zentralorgan zum Ministerium des Innern, in Preussen zum Ministerium für Kultus-, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. Selbst die Vereinigten Staaten Nordamerikas haben, ganz widersprechend ihrem sonstigen Bundesregierungsprinzip, seit 1879 ein Zentralgesundheitsamt — National board of health.

Der Geschäftskreis dieser Zentralbehörden ist meist sehr gross, besonders beim englischen Local government board, ganz auffallend aber in Italien, wo auch das Gesundheitswesen des Heeres und der Marine, wie die Gesetzinitiative beim Minister des Innern beruht.

Ebenso steht fast überall dem Chef des Gesundheitswesens ein beratendes Organ zur Seite, wie in Japan die Zentral-Deputation; so in Frankreich das „Comité consultatif d'hygiène de France“, in Oesterreich der

„Oberste Sanitätsrat“, in Preussen die „wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen“, in Bayern der „Obermedizinalausschuss“, in Italien das „Consiglio superiore di sanità“. Nur England besitzt kein derartiges Organ, dafür aber hat das Local government board, welches aus einem von der Königin ernannten Präsidenten und, als Mitgliedern, dem Staatsratpräses, dem Lordsiegelbewahrer, dem Lordschatzkanzler und sämtlichen Ministern besteht, ausgedehnte Befugnisse und freies Exekutivrecht. Einen eigentümlichen Charakter hat das „k. deutsche Gesundheitsamt“. Denn, obwohl es leitendes Zentralorgan sein soll, ist es doch keine rein administrative Behörde, sondern hat nur das Aufsichtsrecht und die Vorbereitung der Gesetze auf dem Gebiete der Medizinal- und Veterinärpolizei, so dass es ähnlich ist, wie der 2. und 3. Teil des japanischen Zentralorganes zusammengekommen. Diese besondere Gestaltung hat ihren Grund in der Verfassung des deutschen Reiches. Lorenz von Stein erklärt es folgendermassen:

„Im Allgemeinen ist das Staatsrecht des deutschen Reiches gegenwärtig nur das Staatsrecht der Gesetzgebung; es ist schon sehr un- ausgebildet für den dritten wesentlichen Teil aller Verfassung, das Verhältnis der gesetzgebenden zur vollziehenden Gewalt; für das Verwaltungsrecht aber fehlt fast Alles“. Hieher gehört auch das Reichsgesundheitswesen. „Als das deutsche Reich seine Verfassung bekam, hatte dasselbe das richtige Verständnis aufzunehmen für die Verwaltung des Gesundheitswesens; aber es fand nirgends dafür weder den

richtigen Ausdruck, noch auch das klare Bewusstsein für das, worauf gerade für Deutschland Alles ankommen musste“. — „Alles Gesundheitswesen der Welt wird stets zwei Dinge enthalten; das erste derselben ist Wissenschaft desselben, das zweite seine praktische Verwaltung. Mit Statistik und Laboratorium aber ist eigentlich schon der Anfang des zweiten Stadiums gegeben“. — „Eine Gesundheit muss eine Verwaltung erzeugen und diese Verwaltung muss wesentlich mit denselben Rechten ausgestattet sein wie die englische“. —

Es ist ganz richtig, dass das k. d. Gesundheitsamt gegenüber den Bundesstaaten eine ähnliche Stellung hat, wie das englische Local government board gegenüber den Rechten des selfgovernment; nur fehlt ihm das dem letzteren eigene Exekutivrecht. Die beste Form der Gesundheitsverwaltung ist eine zentrale Exekutivgewalt mit wissenschaftlichem Beirat, so, wie die Organisation der japanischen Zentrallleitung dies darthut.

II. Landesorgane.

Die japanische Landesregierung ist nach dem Prinzip der Selbstverwaltung in 3 grosse Klassen geteilt:

1. Fu, Ken: Kreis;
2. Gun: Bezirk, Distrikt;
3. Shi, Cho, Son: Stadt, Markt, Dorf.

Dieser Einteilung folgt natürlich der der Landesorgane der Gesundheitsverwaltung.

1. An der Spitze der Regierung des Kreises (Ken, ländlicher, Fu, städtischer Kreis) steht ein Regierungspräsident (Tidji), welcher das Gesundheitswesen des

Kreises zu überwachen und zu leiten hat; unter ihm steht als geschäftsführend die Kreisgesundheitsabteilung. Auch steht ihm als beratendes Organ das Kreisgesundheitskollegium zur Seite. Es besteht aus dem Präsidenten als Vorsitzenden und folgenden Mitgliedern: 1. Direktor der Kammer des Innern der Kreisregierung, 2. Direktor der Polizeiabteilung der Kreis-Regierung, 3. Landrat (vom Sitz der Kreis-Regierung), 4. drei Kreisabgeordnete, 5. 3—5 Aerzte, 6. 1 Tierarzt und 1 Chemiker. Wenn nötig, ausserordentliche Mitglieder.

2. Dem Gesundheitswesen des Bezirkes (Gun) steht der Landrat (Guncho) vor, der nach Bedarf districtspolizeiliche Vorschriften erlässt. Hier ist die japanische Organisation noch nicht ganz durchgeführt, indem noch nicht in allen Bezirken die Bezirksärzte angestellt sind.

3. In den untersten Selbstverwaltungskörpern, Stadt, Markt und Dorf, übt der betreffende Gemeindevorsteher (Shicho, Chocho, Soncho) das Gesundheitswesen aus. Für gewisse Zwecke können eigene »Sanitätskommissionen« gewählt werden. Ausserdem haben sich in den meisten Gemeinden sogenannte „hygienische Genossenschaften“ (Yeisei Kumiai) dadurch gebildet, dass die Bürger eines Stadtviertels sich durch freiwilligen Vertrag unter einem Vorsteher zur Erfüllung gewisser hygienischer Massnahmen zusammenschliessen. Diese Genossenschaften, für die es in Europa kein Analogon gibt, sind in Japan von höchster Bedeutung für die Volksgesundheitspflege, besonders in Markt und Dorf.

Die 3 geschilderten Klassen der Selbstverwaltung dürfen, um Unternehmungen von dauernd allgemeinem

Interesse (Wasserleitung, Kanalisation) auszuführen, die Produktion zu fördern oder den Schaden von Epidemien, Ueberschwemmungen etc. abzuwenden, öffentliche Anleihen machen; wenn ihr normales Einkommen nicht mehr ausreicht.

Die andern Staaten haben ihre Landesorgane der Gesundheitsverwaltung sehr mannigfaltig gestaltet. In England muss jede Ortschaft einem Gesundheitsbezirk angehören, innerhalb welcher die Pflege des Gesundheitswesens in den Händen eigener kommunaler Behörden, der „Local boards of health“ liegt; diese Bezirke teilen sich in städtische (urban Authority) und ländliche (rural Authority). Daneben gibt es in den Hafenstädten noch die port Authorities mit den gleichen Rechten und Pflichten wie die local boards of health. Zu einem gemeinsamen hygienischen Zweck können sich mehrere solche Bezirke zu einem grösseren joint Distrikt vereinigen. Die urban Authorities müssen einen medical officer of health, einen surveyor, einen Inspector of Nuisances, dann Clerk Treasurer und sonstiges Hilfspersonal haben, alle rural Authorities einen medical officer of health, inspector of nuisances mit Assistants und Hülfspersonal. Alle Local boards o. h. dürfen nur mit Genehmigung des Local Government board zu sanitärischen Zwecken Anleihen machen.

In Deutschland liegt die Vollziehungsgewalt in den Händen der Bundesregierungen, wesshalb die Landesorgane grosse Verschiedenheit zeigen. Z. B. in Preussen leitet der Oberpräsident der Provinz unter beratender Assistenz des „Provinzialmedicinalkollegiums“ das Gesundheitswesen. Dessen Pflege im Regierungsbezirk hat der Regierungspräsident mit Beirat des in der Staats-

arzneikunde geprüften Regierungs-Medicinal-Rates. Im Kreis übt der Landrat die öffentliche Hygiene, dem der Kreisphysikus, in manchen Kreisen noch ein Kreiswundarzt beigegeben ist. Für mehrere Ortspolizeibezirke erlässt dann der Landrat mit Zustimmung des Kreis-ausschusses die gesundheitspolizeilichen Verordnungen. Abgesehen von der Verfügung ortspolizeilicher Vorschriften haben in Preussen die Gemeinden nichts mit der Gesundheitsverwaltung zu thun. In Bayern übt die Kreisregierung durch ihre Kammer des Innern die Gesundheitspflege, wobei ihr ein Kreismedizinalrat und ein Kreismedizinalausschuss zur Seite steht. Den Distriktsverwaltungsbehörden, den Bezirksämtern, steht ein Bezirksarzt bei als Berater. In den Gemeinden können Sanitätskommissionen bestehen. Ein Fortschritt ist die Trennung der gerichtlichen Medizin von der Medizinalverwaltung und die Bestellung eines besondern Landgerichtsarztes. Von den übrigen Bundesstaaten Deutschlands ist nicht viel zu sagen.

Oesterreich hat zwar schon 1870 den Wirkungskreis der staatlichen Verwaltung hinsichtlich des Gesundheitswesens umschrieben; über die Gesundheitspflege der Gemeinden innerhalb ihres Selbstverwaltungsgebietes war jedoch in dem Gesetze nichts enthalten, sondern dies einer späteren Entscheidung vorbehalten, welche jedoch bis heute unterblieben ist. So ist also das Landessanitätswesen dem Landes-Chef mit Assistenz des Landes-Sanitätsrates anvertraut; im Bezirk übt der Bezirkshauptmann die Sanitätspflege; Sachverständiger ist hier ein Bezirksarzt, oft einer für mehrere Bezirke. Jeder Hafenbezirk steht ausserdem noch (schon seit 1850) unter der Amtswirksamkeit

eines Hafen- und See-Sanitätskapitanates. Seit 1870 ist auch in Oesterreich die gerichtliche Medicin von der Gesundheitsverwaltung getrennt. Infolge der Verfassung der vereinigten Kronländer besitzt Ungarn mit Siebenbürgen ein eigenes Zentralorgan im Ministerium des Innern und dem Landessanitätsrat. Unter deren Leitung hat das Gesundheitswesen Ungarns enorme Fortschritte gemacht und nimmt heute eine höchst beachtenswerte Stellung ein.

In Frankreich obliegt die Pflege des Sanitätswesens dem Präfecten des Departements mit Beirat des Conseil d'hygiène de departement, dem Unterpräfekten mit dem Conseil d'hygiène d'arrondissement und dem Maire; letzterer hat nur die Sorge für die Ausübung der sanitätspolizeilichen Gesetze und Bestimmungen in seiner Kommune (Municipalverwaltungsgesetz 1858 und 1867). Die Gesundheitsverwaltung Frankreichs ist also ein Muster des bureaukratischen Systems. In einigen Departements bestanden schon vor der Revolution von 1789, dann im Jahr XIII d. R. und 1813 reorganisiert die sogenannten »Epidemie-Aerzte«. In jeder Kommune, deren Municipalverwaltung es für nötig erachtet, bestehen die Commissions des logements insalubres (seit 1870). Das See-Sanitätswesen ist schon seit 1822 organisiert; von den See-Sanitätsbehörden wurden auch Quarantaine-Vorschriften erlassen, welche jedoch im Ganzen noch mangelhaft sind.

Die Gesundheitspflege Italiens ist dem äusseren Zuschnitte nach ganz der Frankreichs angepasst, doch, da sie neueren Datums ist, besser. Als Chef des Provinzial-Sanitätswesens fungirt der Präfekt, dem das Consiglio provinciale beigegeben ist, unter diesem der

Unterpräfekt, resp. Distriktskommissär, ihnen zur Seite: Consiglio sanitari di circondario e di distretto. In der Kommune hat der Bürgermeister die Sanitätspflege mit Beirat der Commissione municipale di sanita und des Armenarztes, medico condotto del comune. Eine ganz mustergültige Einrichtung hat das See-Sanitätswesen Italiens erfahren.

Von den Vereinigten Staaten von Nordamerika hat jeder einzelne Staat das Gesundheitswesen für sich zu organisieren. Desshalb geschah in dieser Hinsicht auch nicht viel bis in die neuere Zeit. Ausnahmen bilden die Staaten Massachusetts, New-York, Missouri, Pennsylvania, Columbia und Louisiana. Doch beschränkte sich auch hier die hygienische Organisation bloss auf die grossen Städte, also Boston, New-York, St. Louis, Philadelphia, Washington, New-Orleans, wo sie jetzt allerdings zu hoher Vollendung gelangt ist. Diese städtische hygienische Verwaltung besteht in einem Gesundheitsamt, Metropolitan board of health.

Die Stadt New-York hat dieses Amt jedoch wieder aufgelöst und einen sogenannten Gesundheitsrat geschaffen. Die Stadt ist noch in Sanitätsinspektionsbezirke eingeteilt, deren Inspektoren an den Gesundheitsrat zu berichten haben. Sonst bestehen Wasserleitungen, Kanalisationen, Hospitale etc. in Menge und sind oft von wahrhaft grossartigem Umfang und Anlage.

Wenn im Anschluss hieran das Vereinswesen kurz besprochen werden soll, so geschieht es, weil es auch eine Art von Selbstverwaltung und von grosser Wichtigkeit für die öffentliche Gesundheitspflege ist. In Japan steht an der Spitze der grosse »japanische hygienische Verein« (Dainippön shiritzu-yeisei kwai)

zu Tokio. Gegründet 1883, hat er zum Zweck nicht bloss die Ausgestaltung der wissenschaftlichen Hygiene, sondern hauptsächlich ihre praktische Anwendung. Desshalb leistet er der staatlichen hygienischen Verwaltung (bei der Impfung) Beihilfe, unterstützt kommunale hygienische Untersuchungen, sucht die hygienischen Kenntnisse im Volk zu heben und zu verbessern. Seine Mitgliederzahl beträgt über 5000, nicht nur Aerzte, sondern Vertreter aller wissenschaftlichen Disziplinen und aller gebildeten Stände. In Monatsversammlungen, zu denen auch das Publikum Zutritt hat, werden hygienische Themata erörtert und auch monatlich eine Vereinsschrift veröffentlicht. In allen Städten von Kreisregierungen bestehen in enger Verbindung mit dem Zentralverein zu Tokio die Filialvereine, welche ebenfalls Tüchtiges leisten. Sonst gibt es noch viele Aerzte-, Apotheker- und hygienische Volksvereine. Ueber die erspriesslichen Wirkungen des hygienischen Vereinswesens in anderen Staaten ist nach dem trefflichen Berichte des Professors Dr. Uffelman nichts mehr zu sagen.

Die Sanitätsstatistik gehörte in Japan früher zur Zentralgesundheitsabtheilung, da sie nicht, wie anderswo, aus der Not der ansteckenden Krankheiten hervorging, sondern geschaffen war von Anfang an die Grundlage der Gesundheitsverwaltung zu bilden. Bei der Reform des Amtswesens vor 4 Jahren wurde sie aber dem statistischen Bureau, welches zum Ministerium des Innern gehört, überwiesen; nur die wöchentliche Infectionskrankheitsstatistik ist der Zentralgesundheitsabteilung geblieben.

Diese administrative Sanitätsstatistik teilt sich in

eine ordentliche und eine ausserordentliche. Zur ersteren gehören Geburt, Tod, Ehe, Infectionskrankheiten, Impfung, Vergiftung; dann noch medizinische und pharmazeutische Statistik. Sie hat in bestimmten Fällen Cito-Berichte, sonst nur Quartal-, Semester- und Jahresberichte zu liefern. Ausserordentliche Statistik tritt nur in gewissen Notfällen ein.

Obgleich auch in Japan die streng wissenschaftliche Anwendung des statistischen Materiales immer mehr Platz greift, so erfüllt die Statistik doch ihren Beruf noch lange nicht vollständig. Ihr Verhältnis aber zur Pflege des Gesundheitswesens d. h. zur Grundlagebildung für diese wird allmählig doch so bedeutend, dass die Aerzte wenigstens im Allgemeinen von ihrer Stellung und Aufgabe im Gesundheitswesen sich werden Rechenschaft ablegen müssen.

Von anderen Staaten will ich hier nur England, Frankreich und Deutschland hervorheben. England stand in Bezug auf Bevölkerungsstatistik noch im ersten Drittel dieses Jahrhundert auf dem nämlichen Standpunkt wie vor 200 Jahren. Es besass für Geburt, Tod und Ehe nichts als die Kirchenbücher der Pfarreien. Erst Choleraepidemien, denen natürlich die Kirchenbücher nicht mehr folgen konnten, zwangen zur gegenwärtigen Organisation der Bevölkerungsstatistik, indem es nach dem Beispiele Frankreichs die Standesregister einführte, als Zentralstelle den „Registrar General“ einsetzte und endlich 1872 die Meldepflicht des officers of health feststellte. Wie Götzel, Finkelnburg und Uffelman erwähnten, arbeitet diese Organisation jetzt ganz gut.

Frankreich steht hinter allen andern Staaten

wesentlich zurück. Nicht einmal die Cholera hat bei ihrem Auftreten zu einer Statistik Anlass gegeben. Einen teilweisen Ersatz bieten die von Frankreich zuerst eingeführten, auf der zivilrechtlichen Grundlage des Code Civil basirten Standesregister über Ehe, Geburt und Tod. Hierin war Frankreich England schon zur Zeit Napoleon's I. weit voraus, hat ihm auch hierin zum Vorbild gedient, ist aber England in der ausserordentlichen Statistik der Enquete gefolgt. Was aber hierin bis jetzt geleistet wurde, ist verschwindend gering.

In Deutschland und Oesterreich hat die Statistik eine charakteristische Entwicklung genommen. Die wissenschaftliche Statistik steht selbständig neben der administrativen und hat sie bis in die neuere Zeit auch geistig beherrscht. Die Grundlage bildet die Anzeige des Arztes über den Gesundheitszustand; da aber bis vor 40 Jahren die administrativen Behörden die Gesundheitsverwaltung fast ausschliesslich in Händen hatten, so ist ein Mangel festen Materiales für wissenschaftliche Arbeiten, wie der Mangel einer zentralen Organisation der Statistik überhaupt. Mit der Abhilfe dieser Mängel kam man dann von der reinen Zahlen-(Bevölkerungs-)statistik zu einer höheren Auffassung und zugleich fängt die Sanitätsstatistik sich zu bilden und zu wachsen an. Diese besteht jetzt in Deutschland aus der Sanitätsstatistik der grossen Städte, als Grundlage der örtlichen Massregeln; der Statistik der Landesmedizinalkollegien, welche das Gesundheitswesen der einzelnen Staaten umfassen und eine Statistik der Leistung der Verwaltung liefern, (Jahresbericht des L. M. K. von Sachsen; Generalbericht über die Sanitäts-

verwaltung von Bayern), dann der Reichsstatistik. Sonst finden noch alle 5 Jahre Volkszählungen statt.

B. Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege.

Was die Wirkung der Organisation des Gesundheitswesens, d. h. die Leistungen desselben betrifft, so treten sie am klarsten in der sanitarischen Gesetzgebung hervor. Die in der Anlage gebrachte Tabelle II bringt die meisten und wichtigsten Gesetze derselben, nach Staaten und Gruppen zusammengestellt, während auf Tabelle I eine systematische Uebersicht der verschiedenen Organisationen gegeben ist. Zuerst wollen wir die einzelnen Gruppen der Tabelle II herausnehmen und jede für sich betrachten.

Ausübung der Heilkunde und Arzneimittelverkehr (II; 1, 2).

In Japan ist seit 1874 die Approbation für die Aerzte des ganzen Landes obligatorisch. Das Recht derselben steht beim Minister des Innern, während die Commissionen für die Approbationsprüfung vom Reichskanzler ernannt werden. Die Approbation ist unabhängig von der Doctorwürde. Mit diesem System ist Japan Deutschland nachgefolgt. Denn Oesterreich macht die Approbation von der Doctorwürde abhängig, in Frankreich ist das Recht der Praxis auf 2 Klassen von Aerzten verteilt; in England hat die medizinische Korporation das Recht Studierenden den Titel Physician oder Surgeon zu verleihen und Italien spricht die Approbation den Medizinnern und Chirurgen zu, welche ein Diplom einer Landesuniversität haben. In Japan dagegen haben alle Aerzte dasselbe Recht und dieselbe Pflicht gegenüber dem Staat. Der Standpunkt der ärzt-

lichen Approbation ist gleich für das ganze Land, nicht ungleich wie in England, Frankreich und Amerika. Die Approbation für die Apotheker ist ebenso für das ganze Land obligatorisch. Doch ist die Apothekenführung ein unbeschränkter Betrieb, nicht örtlich beschränkt, wie ganz in Deutschland oder teilweise in Frankreich. Die Apothekenapprobation ist auch nicht abhängig von der Doctorwürde wie in Oesterreich. Drogenhändler haben ihre Etablierung der Regierungsbehörde anzuzeigen wie in Italien. Der Arzneimittelverkehr ist ähnlich geregelt wie in anderen Staaten und die Revisionsordnung in Apotheken und Drogen fast gleich der in Deutschland und Oesterreich. Besondere Bestimmungen gelten auch der Verwendung des Opiums zu Arzneimittel und der gänzlichen Verhinderung des schon verbotenen Rauchens von Opiumtabaken. In Oesterreich existiren noch die Gremialkommissäre, welche über die Geschäftsführung der Gremiumsmitglieder zu wachen haben. Auch Japan besitzt Apothekervereine ähnlich wie die Gremien doch mit etwas verschiedenem Geschäftskreis. Auch hat Japan eine eigene Pharmacopaea japonica in japanischer und lateinischer Sprache. Zu erwähnen ist noch, dass fast jeder japanische Arzt seine Haus- und Handapotheke besitzt und daraus ordinirt, selbst in der Stadt. Deswegen ist auch die so wichtige Trennung von Medizin und Pharmazie so schwer durchzuführen.

Medizinalpolizei der Lebens-, Genussmittel- und Gebrauchsgegenstände (II, 3).

Die Besichtigung der Schlachthäuser, Aufsicht über den Verkauf von Fischen, unreifen Obst und auch Kinderspielwaaren ist in Japan der Polizei überlassen.

Fleischverbrauch ist nicht gross, denn wegen der insularen Lage des Reiches isst man sehr viel Fische und aus religiösen Gründen sehr viel Getreide, meistens Reis; daher ist auch die Fälschung der Nahrungsmittel im eigenen Lande selten. Der Milchverbrauch steigert sich; die nötige Milchprobe wird schon lange durch die Polizei vorgenommen. Die vom Auslande nach Japan eingeführten Lebensmittel sind sehr oft verfälscht, was dann aber von den staatlich-hygienischen Laboratorien sofort festgestellt wird. In der Untersuchung von Fälschungen haben alle Staaten Fortschritte gemacht, besonders aber Deutschland, angeregt durch die systematische Bearbeitung der Lehre von der rationellen Ernährung der Bevölkerungsklassen. Diese bahnbrechenden Arbeiten gingen besonders von der Münchner Schule aus, von Liebig, Bischof, Pettenkofer, Voit u. A. Die Fleischuntersuchung findet in Baiern seit langem vor und nach dem Schlachten statt, jetzt auch so in Preussen; in beiden Staaten baute man hiezu eigens grossartige Schlachthäuser. In Frankreich haben nur die grossen Städte öffentliche Schlachthäuser mit Zwang und mit ständiger Revision durch den Thierarzt. In England findet nicht regelmässige Beschau, sondern unvermutete Revision der Schlächtereien und Verkaufsstätten statt. In Amerika gibt es keinen Revisionszwang für Schlachtvieh; deswegen sind auch die massenhaft zubereiteten Fleischconserven immer verdächtig.

Die Märkte sind in Japan meist offen und klein. Die europäischen Markthallen aber sind für die polizeiliche Ueberwachung sehr wichtig, ebenso für die Organisation des Lebensmittelhandels. Für letzteres gibt

Paris ein lehrreiches Beispiel. Dort waren 1767—1784 6 Hungersnöte; dann der furchtbare Winter 1788/89. Auf den Anstoss Napoleons I. wurden die Halles centrales gebaut und welche Resultate aus der damit zusammenhängenden Organisation des Handels hervorgingen, beweist die Verproviantirung der 2 Millionen Einwohner während der 5monatlichen Belagerung von 1870. Die grosse Markthalle Londons ist von Bedeutung für den Seefischhandel. In Wien besteht ein Zentralmarkt mit 6 Detailmärkten in Hallen, in Berlin seit 1882 ebenfalls ein solcher mit 7 Detailmärkten.

Fabrik- und Gewerbehygiene (II, 4).

In Japan ist der Grossbetrieb in Fabriken noch sehr wenig; doch steigert er sich merklich. Zur Errichtung einer Fabrik ist nur die Erlaubnis der Polizeibehörde notwendig, welche sich um Arbeiterschutz nicht weiter kümmert. Daher ist die theoretische wie practische Fabrik- und Gewerbehygiene noch sehr jung in Japan; bei ihrer Wichtigkeit aber versäumt die Gesundheitsverwaltung schon gegenwärtig nichts um entsprechende Vorbereitungen zu später notwendigen Schritten zu thun. Bei einem Blick auf andere Staaten sehen wir England seit 1802, Deutschland seit 1839, Frankreich 1841, Oesterreich-Ungarn 1885, ebenso die Schweiz mit vielen Verordnungen vorgehen.

Wohnungshygiene (II, 5).

Die Wohnungsfrage ist in Japan eine wesentlich andere als in den übrigen Kulturstaaten. Die Häuser sind meist aus Holz, die Fenster viel grösser und breiter als die europäischen und das poröse japanische Papier, welches statt der Glasscheiben gebraucht wird, lässt hinreichend Licht ein und gestattet eine dem

Klima angemessene, grössere Ventilation. Nur sind die Holzhäuser feuergefährlich. Magazine und Verkaufsläden sind von Gestalt ähnlich europäischen Gebäuden, mit kleineren Fenstern und sehr dicken Wänden aus Holz- und Strohfachwerk mit Lehmewurf, wodurch sie feuersicherer werden. Bei derartiger Construction der Häuser in Japan ist also die Luft-, Licht- und Temperaturfrage nicht so zu betonen. Auch die niedrigen Miethäuser haben ziemlich gute, salubre Wohnungen, die jedenfalls besser sind als die Keller- und Dachwohnungen in Europa, besonders wenn noch der Boden durch Kanalisation assanirt ist. Diese Häuser sind auch meist nur 1- oder 2stöckig, selten 3stöckig und werden, was hygienisch ebenfalls wichtig ist, sehr oft nur durch eine Familie bewohnt. In den grösseren Städten freilich bürgert sich allmählig auch der Stil des europäischen Wohnhauses ein, wodurch mit den sich verändernden Lebens- und Arbeits-Verhältnissen auch die Wohnungshygiene wichtiger wird und in verschiedener Weise vorgehen muss, z. B. mit dem Verbot in alten engen Strassen mehrstöckige Gebäude zu errichten, um den Nachbarn Luft und Licht zu sichern. Für Tokio, die Residenzstadt, ist dies durch die „Ameliorationsordnung der Stadtviertel von Tokio“ und das Baugesetz geregelt. Auch in den übrigen Städten bestehen polizeiliche Verordnungen wegen Mietshäuser; aber die wenigsten derselben enthalten hyg. Vorschriften, obwohl die meisten durch Choleraepidemien veranlasst sind; auch ist es ein Fehler, dass die Aufsicht nicht durch Sachverständige, sondern durch die Polizei geübt wird, wie in Frankreich bei den Logements insalubres. Die meisten Assanirungen

auf dem Baugebiete wurden in den Kasernen und Gefängnissen gemacht. Auch für den Bau von Theatern und andern Versammlungsgebäuden sind hyg. Forderungen projectirt.

Auf dem eben besprochenen Gebiete ist England, wohl unterstützt durch gewisse innerpolitische Momente, allen Kulturstaaten vorangeeilt und ihm verdanken wir die energische Betonung der Thatsache, dass nicht nur Luft und Wasser, sondern auch die Wohnung eine Quelle zahlreicher, an sich sehr wohl zu verhütender Krankheiten sein kann und dass eine salubre Wohnung nicht nur ein Schutz gegen Krankheiten, sondern auch ein sehr mächtiges Förderungsmittel der öffentlichen Gesundheit ist. Frankreich, Oesterreich, Italien und Amerika haben hierin ebenfalls eifrig gearbeitet. Auch in vielen Staaten Deutschlands, so Bayern, Sachsen, Baden, bestehen Bauordnungen, welche den Anforderungen der Hygiene weit mehr als vordem nachkommen; manche sichern auch dem hyg. Sachverständigen, dem Bezirksarzt, seine Mitwirkung. In Deutschland ist dann auch besonders die Ventilationsfrage durch Prof. Dr. Pettenkofer's Arbeiten wesentlich gefördert worden.

Assanirung der Ortschaften (II, 5).

Die Sorge für den salubren Zustand der Ortschaften liegt in Japan überall in den Händen der Ortspolizeiverwaltung. Die Assanierung ist Sache der Gemeinden. Wasserleitungen für gemeindliche Zwecke dürfen nur auf Gemeindkosten gebaut werden; der Bau derselben durch Actiengesellschaften oder Private, wie in England, ist gesetzlich verboten. In einigen Städten sind die Wasserleitungen schon fertig, die Kanalisation von

Tokio ist angefangen, andere Städte folgen nach. Auch in Berlin hat sich gezeigt, dass die neue Wasserleitung, welche die Gemeinde erbaute, viel besser ist als die alte, von einer Londoner Aktiengesellschaft gebaute, ja sogar als die von London selbst. Die Rein- und Trockenhaltung der Strassen ist noch nicht genügend in Japan. Die Beseitigung der Excremente geschieht nach Tonnen- oder Grubensystem; in den Städten müssen die Gruben wasserdicht cementiert sein. Die Entleerung derselben geschieht auf sanitärisch gute Weise unter Polizeiaufsicht. Die Einrichtung des Wasserklossets-Schwemmsystems kennt man wenig in Japan, da die Kanalisation nicht aus einem eisernen Rohrnetz für gärfähige Stoffe, sondern bloß aus glacirten Steingutröhren für Haus- und Regenwasser besteht. Für Japan, glaube ich, wird die Berieselungsmethode von grossem Nutzen sein. Die Nutzenanwendung der Excremente in der Landwirthschaft ist übrigens schon seit langem gebräuchlich. Auf dem Gebiete der Assanirung der Ortschaften haben alle modernen Kulturstaaten unter dem Vorantritte Englands mit regem Eifer Grossartiges geleistet.

Verunreinigung der Flüsse (II, 6).

In Japan ist die Reinhaltung der Flüsse in den Städten der Polizeiverwaltung überlassen, welche aber keine Sachverständigen hat und deshalb auch nicht genügend Aufsicht üben kann, während mit der Vermehrung der Bevölkerung und der Fabriken die Verunreinigung der Flüsse naturgemäss immer mehr zunimmt. Hier muss also bald durch ein Gesetz abgeholfen werden. Frankreich hat nach dieser Richtung schon im vorigen Jahrhundert gesetzliche Schritte ge-

than, welche jedoch nicht ausreichend erscheinen. England hat eine gesetzliche Regelung erst 1876, und 1886 nochmals vorgenommen, welche bemerkenswerte Erfolge brachte. In Deutschland, speziell Preussen, liegt die Sache in den Händen der Regierungsbehörden, welche nach dem Gutachten der beigegebenen ärztlichen und bautechnischen Sachverständigen entscheidet. Auch in Baden und Sachsen sind nähere Vorschriften erlassen. Ueber die sog. Selbstreinigung der Flüsse finden sich bemerkenswerte Angaben im First Report der englischen River Pollution Commission und Prof. Pettenkofer hat hochinteressante Experimente in der Isar bei München berichtet. Diese Entdeckung bringt für die Reinhaltung der Gewässer besonders im flussreichen Japan grosse Vorteile.

Infektionskrankheiten (II, 7).

Die gesetzliche Anzeigepflicht des japanischen Arztes innerhalb 24 Stunden besteht für folgende 6 Krankheiten: Cholera, Abdominaltyphus, Ruhr, Diphtherie, Exanthematoser Typhus und Pocken. Treten noch andere Krankheiten stark epidemisch auf, so kann der Kreispräsident nach vorgängiger Meldung an den Minister des Innern die Prophylaxe und die Anzeigepflicht auch auf diese ausdehnen. Wenn zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten das Isolirspital nötig ist, so kann jede der 3 oben genannten Arten von Selbstverwaltungskörper dasselbe einrichten.

Es muss das Bestreben sein, bei dem ersten Ausbruch einer ansteckenden Krankheit durch rasches und energisches Handeln, durch Isolirung und Desinfektion, ihr entgegenzutreten. Wird den Beamten ein Fall gemeldet, so begeben sie sich mit dem Arzt in das betr.

Haus, ordnen ev. den Transport des Patienten in ein (Isolir-) Spital und die Desinfektion der Wohnung an, die unter ihrer Leitung von ad hoc Angestellten ausgeführt wird und verfügen die Ueberführung der Wäsche, Betten etc. in eine Desinfektionsanstalt. In der Regel wäscht man nach Wegschaffung des Kranken das Zimmer mit Desinfektionsmitteln ab, ebenso gleich nach der Heilung oder dem Tode eines Kranken, welcher in seiner Wohnung verblieben war. Gegenstände, deren Vernichtung notwendig erscheint, werden verbrannt, und ihr Wert dem Eigentümer, wenn er arm ist, von der Behörde ersetzt. Dieses Verfahren ist fast gleich dem englischen. Allgemeine Abwehrmassregeln sind die Assanirung der Städte und Hafenplätze durch Beschaffung guten Trinkwassers, Reinhaltung des Bodens, Entfernung der Abfallstoffe auf Strasse und aus Wohnungen, welche wohl überall gleich sind.

Zur Anzeige der Infektionskrankheiten ist in England nicht der behandelnde Arzt verpflichtet, sondern der Sanitätsinspektor, in Frankreich besteht gar keine Meldepflicht; erfolgte doch eine Anzeige, so sendet der Unterpräfekt den Epidemiearzt an den bedrohten Ort. In den United States dagegen ist die Anzeigepflicht innerhalb 24 Stunden fixirt. In Italien aber sind alle Aerzte und Hospitalvorstände zur raschesten Anzeige verpflichtet. Auch in Preussen und Bayern besteht die Meldepflicht der Aerzte.

Specielle Massregeln gegen Cholera sind in Japan:

1. Quarantaine (3 Tage lang Detention des Schiffes),
2. Inspektion der Schiffe, welche aus mit Cholera infizierten Gegenden kommen. (Bei Verdacht von In-

fektion 48 Stunden Detention, Freigebung des Schiffes nach vollendeter Reinigung; wenn an Cholera Kranke oder Verstorbene an Bord, erfolgt weitere Anordnung des Inspektors). Zur Ausführung dieser Bestimmungen wurden die Detentionshäuser, Desinfektionsanstalten (mit Wasserdampf) und Isolirspitale in den Hafenplätzen Yokohama, Nagasaki, Kobe, Hakodate und Shimonoseki errichtet. Die Einrichtung dieser Anstalten ist sehr gut und steht hinter dem Schiffsspital in London und den Quarantaineinrichtungen in Marseille keineswegs zurück. Von den erwähnten Massregeln wird die erste wenig gebraucht. Die zweite, die Inspektion, findet statt, wenn in Kleinasien oder China etc. die Cholera herrscht. Dieses Inspektionssystem ist dem Englands gleich. Auch Deutschland hob seine 4—5tägige Quarantaine auf und führte dafür 1867 die Inspektion ein. In Frankreich, Italien und Oesterreich ist die Abwehr ansteckender Krankheiten durch das sogen. Seesaniätswesen ähnlich geregelt, besonders gut in Italien. Pest, Gelb- und Rekurrenzfieber kamen bis jetzt in Japan glücklicherweise nicht vor.

Die Schutzpockenimpfung ist in Japan schon seit 1872 zwangsmässig mit Gebrauch von Animallymphe. Jedes Kind muss innerhalb des ersten Jahres geimpft werden. Alle 5—7 Jahre findet Revaccination statt. Treten die Naturblattern auf, so ist die Revaccination nicht an obige Frist gebunden, sondern findet nach Vorschrift des zuständigen Gesundheitsbeamten statt. Gleicherweise besteht in Deutschland (erstes Kalenderjahr) und in England (ersten 3 Monate; Revaccination nicht obligatorisch) der Impfwang; in Oesterreich

ist er indirekt z. B. bei Aufnahme in eine öffentliche Schule. In Frankreich, Italien (wieder abgeschafft) und Nordamerika ist die Impfung nicht zwangsmässig. Doch sind die letzteren Länder so viel als möglich zur Förderung der freiwilligen Impfung thätig, um bei Naturblattern Schutz zu haben. —

Armenwesen (II, 8).

Früher war in Japan nicht neben grossem Reichtum die bittere Armut zu finden, deshalb war und ist noch die Armenpflege der persönlichen Wohlthätigkeit und der Gemeinde überlassen; nur für Hungersnot und ähnliche Unfälle sind Sparkassen gegründet. Bei dem Umsichgreifen des Pauperismus auch in Japan sind diese Anstalten nicht mehr genug, sondern müssen verbessert werden. Das Armenwesen ist in England seit fast 300 Jahren, in Frankreich seit etwa 100 Jahren, in Deutschland seit 1870, in Oesterreich seit 1873 und Italien seit 1862 gesetzlich geregelt. —

Begräbniswesen (II, 9).

Das schon vorher geregelte japanische Begräbniswesen wurde 1884 verbessert und Bestimmungen getroffen über den Ort der Feuerbestattung. Diese ist schon lange üblich in Japan und umfasst etwa 30% aller Bestattungen. Leichenhallen gibt es keine; die Toten bleiben bis zur Bestattung im Hause liegen. Ein Gesetz über obligatorische Leichenschau besteht nicht, nur gerichtliche Leichenschau. Die Regelung des Begräbniswesens ist fast analog dem Gesetz von Newyork und der Ministerialverordnung von Preussen, wonach keine Beerdigung ohne schriftliche Erlaubnis der Gemeindebehörde oder Ortspolizei stattfinden darf. Diese aber wird nur erteilt, wenn die Todesursache

durch das Zeugnis eines Arztes oder das der Nachbarn der betr. Person unzweifelhaft festgestellt ist. Hiedurch wird auch in das Material der Mortalitätsstatistik eine grössere Sicherheit gebracht. Die Erlaubnis zur Bestattung darf erst 24 Stunden nach dem Tode erteilt werden. In Oesterreich, Ungarn, Italien, Portugal, auch in Paris und Brüssel ist die Leichenschau durch eigens Angestellte obligatorisch; in England, Frankreich, Preussen und einigen anderen deutschen Staaten wie auch in Newyork ist die Leichenschau nicht obligatorisch, während in Bayern, Baden, Württemberg, auch in Berlin, Frankfurt a. M. eigene Leichenschauordnungen bestehen. Das präziseste Gesetz über Begräbniswesen besitzt Italien, welches auch die Leichenverbrennung als hyg. beste Bestattung zuerst und wärmstens empfohlen hat. Auffallend schlecht ist das ganze Begräbniswesen in England geregelt und ein grosser Uebelstand besteht auch darin, dass die Friedhöfe nicht den Gemeinden, sondern Kompagnien gehören. —

Schulhygiene (II, 10).

Im letzten Jahre ist in Japan ein neues Schulgesetz erlassen worden, in welchem die Rücksicht auf das körperliche Wohl der Kinder besonders betont wurde. Gegenwärtig sind ärztliche Fachmänner zu einer Rundreise und Kontrolle über den Gesundheitsstand in den Schulen kommandirt. Der Anfang ist gemacht, noch vieles bleibt zu thun übrig. Auf diesem Gebiete ist Oesterreich vorangeeilt. Italien hat die Aufsicht in der Schulhygiene den Ortsgesundheitsbehörden übertragen, in Frankreich ist die Schulhygiene Sache der Schulaufsichtsbehörde, in Nordamerika bestehen zur Schul-

aufsicht die boards of trusters oder die controllers of public schools, denen auch die Kontrolle der sanitären Verhältnisse obliegt. Dies sind frei gewählte Kommissionen, an denen ein Arzt teilnimmt. England ist hier auffallender Weise sehr zurück. Deutschland hielt gleichen Schritt mit den anderen Staaten. Ein entschiedener Fortschritt besteht darin, dass in mehreren deutschen Bundesstaaten den Sanitätsbeamten das Recht und die Pflicht zugesprochen ist, die Pläne von Schulhausneubauten vom hyg. Standpunkte aus zu begutachten. Soll aber die sanitäre Aufsicht über die Schule Erfolg haben, der nachhaltig wird, so müssen wie in Oesterreich ständige Kommissionen für Schulhygiene gebildet werden und in ihnen muss der Sanitätsbeamte oder ein hyg. gebildeter Arzt Sitz und Stimme haben.

Obwohl auf der anliegenden Tabelle II nur die wichtigsten staatlichen Gesetze angeführt, erkennt man doch, dass England reich an Codifikation ist, Deutschland dagegen reich an Verordnungen, und dass die andern Staaten, Oesterreich, Frankreich und Italien etwa mitten inne stehen. Italien hat sehr wenig einzelne Medizinalgesetze, sondern die umfassenden legge sanitarie. Wollen wir jetzt die einzelnen Länder betrachten, so hat unzweifelhaft England die besten Resultate erzielt, kann folgedessen als hyg. Musterstaat gelten. Doch sind nicht alle Zweige seines Gesundheitswesens abgeschlossen, sondern in einzelnen, z. B. inneres Medizinalwesen, Begräbniswesen, Schulhygiene, sind andere Länder voraus. Seine Hauptkraft liegt in der Nuisance (II, 4, 5, 6), in der gesetzlichen Codifikation derselben trotz der ausgedehnten Anwendung

des Selbstverwaltungsprinzipes. Deutschland steht nicht zurück hinter andern Staaten. Hier ist hauptsächlich jenes schwerwiegende Prinzip betont, dass die medizinische Wissenschaft allein berufen sei, der Verwaltung die Zwecke und Aufgaben des Gesundheitswesens vorzuschreiben. Die Vorzüge Deutschlands liegen im engeren Medizinalwesen (II, 1, 2). Die Zusammenstellung und systematische Behandlung der Elemente der medizinischen Gesetzgebung durch Frank, die Arbeiten Hirt's mit Betonung der sozialen Hygiene, die Veröffentlichungen Virchow's hatten den denkbar günstigsten Einfluss auf die deutsche Medizinalgesetzgebung, während die epochemachenden Entdeckungen eifriger Forscher, wie Pettenkofer, Koch u. A., bahnbrechend wirkten auf dem Felde der Hygiene und helles Licht auf den Weg warfen, den die Praxis des Gesundheitswesens zu betreten hatte. In Oesterreich hat die Entwicklung des Gesundheitsamtes einen analogen Fortgang genommen wie in Deutschland. Besonders in Ungarn hat sich in neuerer Zeit ein anerkennenswerter Aufschwung der Hygiene in Wissenschaft und Praxis genommen. Die Sanitätsgesetzgebung Frankreichs ist noch immer eine beschränkte, obwohl in seinem „Kopf“ Paris bedeutende wissenschaftliche Autoritäten, Männer wie Pasteur, Chauveran u. A. sitzen. Der Grund hiefür aber ist entschieden die alte bureaukratische Gestalt der Gesundheitsverwaltung, in der auch keine Spur von Selbstverwaltung sich findet. Italien zeigt ähnliche Verwaltungsformen, doch bessere Gesetze und bemerkenswerte Resultate sichern ihm den Vorrang vor Frankreich. Die Nord-amerikanischen Staaten zeichnen sich durch ihre

grossartigen Leistungen in Wohlfahrtsanstalten, Wasserversorgung, Kanalisation in einigen Städten aus. Das wissenschaftliche System der öffentlichen Hygiene aber, welches früher nach englischem Muster gebildet war, ist jetzt mehr nach deutschem Muster umgestaltet worden.

Werfen wir nochmals einen Rundblick auf die Kulturstaaen der alten und neuen Welt, so ergibt sich, wie Prof. Dr. Finkelnburg gesagt, „zunächst der bemerkenswerte Gegensatz, dass alle Staaten germanischen Ursprunges gleich den Engländern durch Vorliebe für freie Selbsthilfe in den Gemeinden, die romanischen Völker dagegen durch das Vorherrschen zentralisierter Regierungsthätigkeit auf diesem Gebiete sich charakterisieren.“

Stellen wir ihnen Japan gegenüber, das mit seinem Volke und seiner Geschichte einem ganz andern, fremdartigen Kulturkreis angehört. Obwohl in seinem Staatsrecht nicht der Gedanke des konstitutionellen, sondern des autokratischen Kaisertums der herrschende ist, — „Land und Leute gehören dem Mikado“ — so findet sich hier doch neben der zentralistischen Regierungsthätigkeit die erweiterte Selbstverwaltung. Dieses Verwaltungsprinzip hat auch, wie wir schon oben gesehen, in der Gesundheitspflege Anwendung gefunden. Japans Gesetzgebung ist der Deutschlands am ähnlichsten z. B. im Heilwesen (II, 1, 2), Prophylaxe (II, 7); Nuisance (II, 4, 5, 6) und Schulhygiene (II, 10) erfordern noch weitere Ausbildung, an der auch eifrig gearbeitet wird.

Sollen wir zum Schluss aus all dem Geschilderten einige Schlüsse ziehen, so ist namentlich zu betonen, dass, weil in der Hygiene Theorie und Praxis so eng

ineinander greifen, auch die wissenschaftliche Seite gefördert wird, wenn sich die praktische Seite ausbildet, d. h. wenn an Stelle der Wünsche und Vorschläge die wirkliche Ausführung sanitärischer Massnahmen tritt.

Als es weder eine Lehre vom Gesundheitswesen, noch eine systematische Gesundheitsstatistik gab, wurden Notstände natürlich nur, wenn Gefahr drohte, durch Verordnungen geregelt. So war es nicht blos in Japan, sondern auch in allen andern Staaten bis vor wenige Jahrzehnte. Heute, wo die Gesundheitslehre, die Lehre vom Gesundheitswesen und die Organisation desselben bestehen, soll schon im Voraus beobachtet werden, woher eine Gefahr drohen könnte. Dazu, d. h. zu erkennen, wo ein Gesetz notwendig oder ein schon vorhandenes wirksam ist, dient am besten die Gesundheitsstatistik, ja sie ist schliesslich das einzige Mittel hiezu. Deshalb ist es sehr wichtig, dass die beamteten Aerzte über dieselbe genau belehrt werden, wie dies sehr gut durch das Landeszentralinstitut zu Pest geschieht. Japan ist hierin noch zurück, doch lässt sich mit dem schon bestehenden Kurs für Staatsarzneykunde an der Universität Tokio die Lehre der Sanitätsstatistik passend verbinden.

Ueberhaupt müssen, um die Leistungen des Gesundheitswesens zu vervollständigen, die Kenntnisse der (beamteten) Aerzte und das hygienische Wissen der Nation noch mehr ausgebildet werden. In letzterer Beziehung hat Japan viel voraus durch seine Vereins- und Genossenschaftsthätigkeit und dadurch, dass man schon in den 2 letzten Klassen der Volksschule einen leicht fasslichen, kurzen Grundriss der Hygiene und Physiologie lehrt.

Wenn der Begriff der Gesundheitsverwaltung von den Aerzten nicht richtig verstanden wird, so kann die Hygiene nicht ihre volle Wirkung entfalten. Deshalb ist unbedingt notwendig, dass die Aerzte, die beamteten sowohl wie die freien, als berufene Träger des Gesundheitswesens sich eine gewisse Kenntniss verschaffen, von jenem Organ, welches allein fähig ist, die von ihnen als notwendig erkannten Massnahmen mit aller Kraft und zum Wohle Aller ein- und durchzuführen.

„Das aber ist der Staat“, sagt Lorenz von Stein, „mit der organischen Verbindung seiner Kräfte und Anstalten; ohne ihn ist zwar die Gesundheitslehre, nicht aber das Gesundheitswesen denkbar“. — „Die Grundsätze also, welche für den Staat und die Verwaltung gelten, bilden zwar nicht den Inhalt, aber die Voraussetzung des Gesundheitswesens.“ — „Wir wenden uns vor allen Dingen nicht an die Staatsrechtslehrer oder an die eigentliche Verwaltungswissenschaft, vielmehr an die Männer, auf welche zuletzt Alles ankommt; das sind die berufsmässigen Mediziner und Aerzte.“ — „Nicht als ob der Arzt dabei Staatslehre und dergl. studieren sollte — aber er soll von der praktischen Ordnung des öffentlichen Lebens so viel in sich aufnehmen, dass er in dem grossen, thätigen Organismus des Staatslebens ganz klar die organische Stellung und Aufgabe erkennt, in welche ihn sein hoher Beruf mit jedem Jahrzehnt mehr hineintreibt.“ — „Wir werden wohl nicht missverstanden werden, wenn wir hinzufügen, dass, während die Grundlage der Gesundheitslehre die medizinische Natur-

wissenschaft ist, die Grundlage des Gesundheitswesens weder durch die Physiologie des Naturforschers, noch durch die Gesetzeskunde des Juristen, sondern in ihrer ganzen Entfaltung erst durch ein gewisses elementares Maas der staatswissenschaftlichen Bildung des Arztes erreicht und verwirklicht werden kann.“

Die nämliche Stellung nimmt auch Virchow ein, indem er, wie seine gesammelten „Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin und Seuchenlehre“ beweisen, die praktische Medizin wesentlich als Zweig der öffentlichen Gesundheitspflege auffasst.

Und dieser Standpunkt ist der allein richtige; denn die prophylactische Medizin z. B. ist doch wirklich nicht allein Sache der Beamtenärzte, sondern hier hat jeder Praktiker ein dankbares Feld ergiebiger Thätigkeit vor sich und damit den besten Schutz vor dem Aufgehen in einen handwerksmässigen Beruf.

Shimpei Gotoh.

Literatur.

- Dr. Dammer, Handwörterbuch der Gesundheitspflege, 1891.
Prof. Dr. Finkelnburg, Die öffentliche Gesundheitspflege Englands, 1874.
Dr. Götzel, Die öffentliche Gesundheitspflege in ausserdeutschen Staaten, 1878.
Prof. Dr. Guttstadt, Deutschlands Gesundheitswesen, 1890.
Graf Huy de Grais, Handbuch der Verfassung und Verwaltung in Preussen und dem deutschen Reich, 1890.
Dr. Kuby, Die Medizinalgesetzgebung im Königreich Bayern, 1883—87—90.
Geh. M. R. Dr. Piston, Deutsches Gesundheitswesen, 1890.
Prof. Dr. Seydel, Staatsrecht des Königreichs Bayern, 1888.
Dr. v. Stein, Das öffentliche Gesundheitswesen, in dessen Verwaltungslehre.
Prof. Dr. Uffelmann, Darstellung des auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege bis jetzt in ausserdeutschen Ländern Geleisteten, 1878.
Prof. Dr. Uffelmann, Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, 1888—90.
Prof. Dr. Virchow, Oeffentliche Medizin, 1879.
Dr. Wenig, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 1888—90.
Dr. Wenig, Zusammenstellung der gültigen Medizinalgesetze.
Prof. Dr. Ziemssen und Pettenkofer, Handbuch der Hygiene und Gewerbekrankheiten.



Tabelle I: Organisation der Medizinalverwaltung.

Land	Zentralorgan			Landesorgane	
	Exekutive	Beratungsbehörde	Sachverständige	Exekutive	Beratende Organe
Japan	Ministerium des Innern	Zentral-Deputation f. d. Ges.-Wesen	Staatl. hyg. Laboratorien	Reg.-Präsident vom Kreis Landrat des Bezirks	Kreis-Gesundheitscollegium Bezirksarzt (noch nicht überall)
England	Local government board			Gem.-Vorst. von Stadt, Markt, Dorf Local board of health { ca. 930 urban Authorities } { ca. 369 rural Authorities }	Medical-Officers Armenärzte
Deutschland					
Preussen	Ministerium für Kultus-, Unterrichts- u. Medizinalangelegenheiten	k. Gesundheitsamt Wissensch. Deputat. f. d. Ges.-Wesen		Oberpräsident: Provinz Reg.-Präsident: Regierungsbezirk Landrat: Kreis. Ortspolizeibehörden:	Provincial-Med.-Collegium Reg.-Mediz.-Rat Kreisphysicus und Wundarzt
Bayern	Ministerium des Innern	Ober-Medizinal-Ausschuss	k. Untersuchungs-Anstalten für Nahrungs-u. Genussmittel	Reg.-Präsident: Kreis Bezirksamtmann: Distriktsverw. Ortspolizeibehörden	Kreismediz.-Ausschuss Bezirksarzt Gesundheits-Kommissionen 1875
Oesterreich	Ministerium des Innern	Oberster Sanitätsrat		Landeschef: Kronland Bezirkshauptmann: Bezirk Präfect: Departement Unterpäfect: Arrondissement Maire: Canton Präfect: Provinz	Landes-Sanitätsrat Bezirksarzt Depart.-Sanitätsräte Arrond.-Sanitätsräte Cant.-Sanitätsräte u. Epidemiearzt Consiglio provinciale
Frankreich	Ministerium des Innern, des Handels und des Unterrichtes	Comité consultatif d'hygiène publique de France	hyg. Institute in Paris	Unterpäfect u. Commissär vom District Bürgermeister jeder Bundesstaat: Gesundheitsamt Stadt Newyork: Gesundheitsrat	Consigli sanitari di circondario et distretto Comm. mun. di sanità u. Armenarzt
Italien	Ministerium des Innern	Consiglio superiore di sanità			
Ver Staaten v. Nordamerika	National board of health				

Tabelle II: Medizinalgesetzgebung.

Name des Staates	I. Das Heilpersonal betr.	II. Den Verkauf von Arzneimitteln und Giften betr.	III. Den Verkauf von Lebens-, Genussmitteln u. Gebrauchsgegenständen betr.	IV. Für Fabriken und Gewerbe, sowie den Arbeiter- und Kinderschutz betr.	V. Für Wohnungs-, Ortschafts- und Boden-Hygiene	VI. über Verunreinigung von Flüssigkeiten	VII. z. Schutz vor ansteckend. Krankh.	VIII. über Armenwesen	IX. üb. Begräbniswesen	X. Für Schulhygiene
Japan	über Zulassung zur ärztl. Praxis 1874 über Zulassung des Apothekers u. Droguisten 1889	über Verkauf von Arzneimitteln 1889 gegen Quacksalberei 1877 Steuer auf Quacksalberei 1882	über krankhaftes Fleisch von Tieren 1875	Strafgesetze über Findelkinder 1875	über Reinigung von Strassen und Wegen 1872 über öffentl. Gärten 1873 über Wasserleitung 1890	Strafgesetze	Ueber Schutz gegen Infektionskrankheiten 1872 Quarantänebestimmungen 1871 Impfwesen 1874	über Sparkassen 1871	üb. Begräbniswesen 1884	
England	Medizinalact 1858	Pharmacy Act 1868	Adulteration of Food Act 1874 Licensing Act 1872 Petroleum Act 1871	Factory Extension Act 1874 Workshop Regulation Act 1867 Coal Mines Regulation Act 1872 Alkali Works Regul. Act 1874 Bakehaus Regulation Act 1863 Gaswork Clauses Act 1871 Steam Whistles Act 1872 Factory Workshop Act 1870—1878 Infant Life Protection Act 1872	Common Lod. Houses Act 1860 Labouring Clauses Dwelling Act 1867 Artisans and Labourers' Dwelling Act 1875 Nuisance Removal and Discases Prevention Act 1860 Nuisance Removal Act 1855 Sanitary Act 1868 Town Improvement Clauses Act 1847 Waterwork Clauses Act 1863 Waterworks facilities Act 1870 Public Parks Act 1871 Bath and Washhouses Act 1853 Sewage Utilizations Act 1867 Sanitary Law Amendment Act 1874	River Pollution Act 1876 u. 86	Contagious Diseases Act 1869 Diseases Prevention Act 1865 Vaccination Act 1871	Poor Law Act 1834	Cementeries Clauses Act 1847	
Deutschland	Gesetz über Gewerbebetrieb 1869 (enthält Approbation von Ärzten u. Apothekern)	Verordnung über Verkauf von Arzneimitteln 1875	Vorschriften über Verkehr mit Nahrung-Genussmittel u. Gebrauchsgegenständen 1879 über Verkehr mit Mineralwasser 1880 Reichs-Einfuhrverbot von zubereitetem Schweinefleisch u. Würsten aus Amerika 1880 Verord. betr. Petroleum und giftige Farben 1882 über den Verkehr mit Honigpräparaten 1882 über den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen 1887	über Gewerbebetrieb 1869 Gewerbeordnung 1883 über Anfertigung von Zündhölzchen 1884 über Gesundheitsschutz hiebei 1884 über Beschäftigungen jugendl. Arbeiter u. von Arbeiterinnen 1879 Ergänzung hiezu 1881			Impfges. 1874 betr. Beseitigung von ansteckenden Stoffen bei Viehbeförderung 1876 über Abwehr und Unterdrückung der Viehseuchen 1880	über Armenpflege 1870/1 betr. Krankenversicherung d. Arbeiter 1883 Unfallversicherungsgesetz 1884 über Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung, 1885 betr. Invaliditäts- u. Altersversicherung 1889		
Preussen	Revid. Apothekerordnung 1801 Neuanlegung v. Apotheken 1811		über Schlachthausanlagen 1811		betr. die Genehmigung von zur Abführung von unreinen Abgängen bestimmten Kanalisationsunternehmungen 1886	über Benutzung d. Privatflüsse 1843 über Flussverunreinigung 1872 gegen Schädlichkeit der Ueberschwemmungen 1883	betr. Abwehr und Unterdrückung v. Viehseuchen 1875 betr. prophylaktische Massregeln geg. Cholera 1883—85 betr. Anzeigepflicht bei Diphterieerkrankungen 1884 Regulativ über ansteck. Krankheiten der Menschen u. Tiere 1885			betr. Schliessung der Schule bei Ausbruch ansteck. Krankh. 1884
Bayern	Sehr viele Verordnungen und Verfügungen durch das Ministerium des Innern.					Gesetz über Benutzung d. Wassers 1852	Sehr viele Verordnungen und Verfügungen durch das Ministerium des Innern			
Oesterr.-Ungarn	über Berechtigung zur Ausübung der ärztl. Praxis 1872 Alte Mediz.-Verordn. von 1753, 1773, 1803	Einige Verordnungen	Fleischschau 1810, 1870 über Verkauf und Transport von Petroleum und anderer leicht entzündlicher Mineralöle 1865, 1868 über Schlachthauszwang 1872	Gewerbegesetz 1859 Gewerbeverordn. 1859 betr. Findelanstalten 1828, 1872	betr. Nutz- und Trinkwasser 1854		betr. Cholera 1872 betr. Blattern u. obligator. Impfung 1817 betr. Blattern 1871 betr. Pest und Gelbfieber 1828, 1837 Seesanktionsgesetz 1851 betr. Schutz gegen Tierseuchen 1859			Schulgesundheitsges. 1873
Frankreich	Loi du 19 Ventöse 1803 (dazu noch zahlreiche neuere Amendements)	Loi sur la vente des substances vénéneuses 1844 Loi sur la conservation et l'aménagement des sources deaux minérales 1856	Loi tendant à la repression plus efficace de certains fraudes dans la vente des marchandises 1851	Decret sur les établissements dangereux, insalubres et incommodes 1866 betr. Schutz der Kinder 1874—1878	Loi des logements insalubres 1850 (dazu viele ordonnances und decrets)	betr. Verhinderung d. Flussverunreinigung 1789, 1791	betr. ansteck. Krankheiten und die Anstellung von Epidemieärzten 1851 Seesanktionsgesetz 1876	betr. Armenpflege 1793 (für Paris 1849)		Schulgesetz m. Assanierung und Hygiene der Anstalten 1850
Italien	betr. Heilpersonalgesetz von 1874			Legge sul lavoro dei faciulli negli opifici industriali, nelle cave e nelle miniere 1886	betr. die Assanierung der Stadt Neapel 1884		Regio decreto che prevede al riordinamento del servizio sanitario maritimo del Reg. 1870			
Ausserdem die zahlreichen Legge sanitari (allgemein) von 1865—1874										
United States von Nord-Amerika		betr. den Import von Medicamenten und Drogen 1845	betr. den Verkauf von Petroleum und feuergefährlichen Ölen 1867 betr. Kontrolle des Verkaufs von Nahrungsmitteln u. Getränken (Code of health) 1866 der Prohibition zur Unterdrückung jeder Art von Verkehr mit geistigen Getränken 1880	Code of health über offensive Gewerbe 1860	Tenement houses Act 1867 Code of health über sanit. Uebelstände 1866 Act relating to public health of the city of New-York 1850		betr. Verhinderung der Einschleppung ansteck. Krankheiten 1881 betr. Schutz gegen ansteck. Krankheiten nebst Quarantänenvorschriften 1866			